

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

MILTIADE VACHLAS

Né à Constrais (Grèce), le 31 Juillet 1905

Etude statistique sur le Dépistage

ET

Le Traitement de la Syphilis

(Fonctionnement de la consultation de la Maternité
de Saint-Antoine)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1930



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552831_0023

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1930

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

MILTIADE VACHLAS

Né à Conistras (Grèce), le 31 Juillet 1905

Etude statistique sur le Dépistage

ET

Le Traitement de la Syphilis

(Fonctionnement de la consultation de la Maternité
de Saint-Antoine)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1930

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentl.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale.	N...
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LŒPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZAR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . . Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BINET. Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCCQ. Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ. Pathologie médicale.
 CADENAT. . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . . Pathologie médicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. . . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER. Pathologie expérimentale.
 GASTINEL. . . . Bactériologie.
 GATELLIER. . . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. Pathologie médicale.
 HOVELACQUE. . . Anatomie.
 HUTINEL. Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.
 JOYEUX Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy). Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. Anatomie pathologique.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. . Neuro-psychiatrie.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (Fern.) Pharmacologie.
 MILLOT Histologie.
 MONDOR. Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING. . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. Anatomie.
 PIÉDELIEVRE. . . Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur). . . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. . . Obstétrique.
 VELTER. Ophthalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 RETTERER. . . . Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL. . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale	METZGER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.]
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR THEMISTOCLE COLLIAS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
ACCOUCHEUR DE LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse
en témoignage de profonde recon-
naissance.*

Préface

La question de la syphilis prend à la maternité une importance très grande.

Nous avons eu l'occasion au cours d'un stage d'un an dans le service de M. le professeur agrégé Lévy-Solal, de suivre la consultation de dépistage et de traitement de la syphilis annexée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine.

Notre étude a pour but de faire ressortir au moyen des observations que nous avons étudiées et des constatations personnelles que nous avons pu faire, la façon dont se présente la question de la syphilis à la maternité, les résultats obtenus et les enseignements qui se dégagent des faits.

Nous tenons à témoigner ici toute notre gratitude à notre maître, M. le professeur agrégé Lévy-Solal, qui nous a autorisé à préparer cette thèse dans son service et à remercier son assistant, le docteur Jean Gallot qui nous a communiqué ses observations et aidé de ses conseils.

Introduction

Le problème de la syphilis à la maternité

La question de la syphilis se présente sous un aspect très particulier à la maternité.

Les cas de syphilis présentant des accidents en évolution sont très rares, soit qu'il s'agisse d'accidents primaires ou secondaires.

Les cas de syphilis connues sont assez fréquents :

Malades traitées pour des accidents antérieurs à leur grossesse ou même déjà traitées pendant une grossesse antérieure.

Femmes sachant que leur conjoint est atteint.

Syphilis héréditaire déjà diagnostiquée.

Mais les faits de beaucoup les plus fréquents sont ceux dans lesquels la syphilis est ignorée et où l'accoucheur ou le puériculteur sont amenés à la suspecter. Ces cas sont également les plus intéressants, puisque le plus souvent rien chez la femme n'a laissé supposer qu'elle soit atteinte et que si elle n'avait pas présenté quelques circonstances suspectes lors de sa grossesse, semblable hypothèse ne se serait pas posée. C'est une des raisons pour lesquelles il est parfois difficile de convaincre la malade

de l'opportunité d'un traitement, puisque, dit-elle, jamais elle n'a été malade.

Evidemment, c'est dans de tels cas que sont précieuses les réactions de laboratoire dont l'importance énorme a toujours été soulignée dans des travaux analogues, ainsi que d'ailleurs leur valeur relative quand elles sont négatives, et nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet.

Mais la difficulté reste en l'absence de réactions positives de poser un diagnostic sur des bases parfois fragiles que seul un examen critique des faits et une exploration clinique approfondie peuvent étayer.

Ce sont ces cas que l'on a qualifiés de syphilis latente, probable, de présomption « plus aisées à soupçonner qu'à prouver (Hutinel) et qui reposent parfois « à priori » sur un « diagnostic de sentiment » (Ribardeau-Dumas); diagnostic qu'il faut toujours parvenir à renforcer.

Nous avons recueilli systématiquement les observations les plus complètes de la consultation pour essayer de dégager une statistique d'ensemble de tous ces faits, pensant que c'est par la comparaison de tels documents que cette question prendra son véritable aspect.

Déjà, depuis l'inauguration de ces consultations prénatales et postnatales, dont l'initiative revient à M. le professeur Couvelaire, un certain nombre de travaux ont paru à ce sujet et l'orientation générale du problème s'est caractérisée.

Il apparaît de plus en plus nettement que la syphilis joue un rôle de premier plan dans les accidents de la gestation et de la première enfance, et que force est bien de lui attribuer la responsabilité d'un très grand nombre.

Les résultats des traitements effectués pour empêcher leur renouvellement constituent au surplus un critère incontestable.

Nous ne visons, laissant de côté les données purement théoriques, qu'à illustrer ces faits au moyen de quelques chiffres et de quelques observations qui suffiront à notre opinion pour vérifier cette orientation.

Dépistage Clinique de la Syphilis à la Maternité

Les malades examinées à la consultation de prophylaxie, lui sont envoyées, soit au cours de leur grossesse, en raison de circonstances suspectes, soit après leur accouchement pour une cause relative à l'enfant qui vient de naître.

Nous examinerons donc successivement les motifs qui, dans les observations que nous avons étudiées, ont fait diriger chacune de ces catégories de malades sur la consultation.

Femmes enceintes

Nous n'avons en vue que des observations bien définies et n'avons retenu que celles qui se présentaient d'une façon complète, soit 405 observations.

Il faut remarquer que le nombre des femmes enceintes examinées et traitées a été naturellement beaucoup plus élevé, mais sur cet ensemble, un certain nombre ont abandonné leur traitement ou même n'ont été vues qu'une seule fois (malgré les rappels ou les visites des infirmières assistantes du Service Social, si précieuses cependant pour

une consultation de ce genre) ou bien elles n'ont pas été revues après leur accouchement. Il y a là, nous le marquons au passage, une éducation du public à compléter aussi bien au point de vue des malades que parfois de leurs employeurs.

Syphilis récentes.

Sur ces 405 malades vues, nous ne notons que 11 observations de syphilis récentes.

Ce pourcentage faible est sans doute dû pour une large part à ce que la plupart de ces malades sont vues dans des consultations de vénérologie; cette opinion est étayée par le fait que pour toutes ces malades, c'est au cours de l'examen gynécologique que les lésions primaires ou secondaires ont été découvertes sans que la malade ait songé d'elle-même à une affection vénérienne. La dernière de ces malades présentait des ulcérations vulvaires très abondantes débordant les régions muqueuses des grandes lèvres pour se continuer jusqu'au pli de l'aîne, donnant à toute la région un aspect bourgeonnant en chou-fleur.

Chez cette malade, vue dans le cours du huitième mois et chez laquelle l'accident primaire n'avait pas été antérieurement aperçu, la grossesse s'est néanmoins poursuivie normalement et après une série incomplète de novarsénobenzol intraveineux, elle a accouché d'un enfant pesant 3.360 g placenta 550, qui a été mis en traitement. La réaction de Bordet Wassermann était fortement positive.

Syphilis connue sans accidents obstétricaux.

Nous notons 21 cas où les femmes sont venues spontanément, sachant qu'elles avaient été traitées pour des accidents spécifiques, se présenter au traitement.

Ce faible chiffre montre que l'éducation du public, comme nous le disions plus haut, est encore insuffisante. Il serait tout à fait nécessaire que les consultations de vénérologie insistent fortement pendant le cours des traitements pratiqués sur des femmes, sur la nécessité de consulter *précocement* en cas de nouvelle grossesse.

Nous remarquons en effet sur ces quelques observations que la plupart de nos malades ne sont venues que vers le sixième mois.

Accidents liés à l'évolution de la grossesse.

Nous avons relevé neuf cas de malades envoyées pour un hydramnios. Naturellement, on est amené à ne voir généralement que des hydramnios très prononcés et se présentant dans des conditions suspectes. Nous éliminons donc les hydramnios liés à des causes déterminées. D'ailleurs, ce sont des malades qui ne peuvent être vues qu'à une époque très avancée de la grossesse et chez lesquelles le traitement perd par conséquent de son efficacité.

OBSERVATION N° 1

Mme D... Marcelline, 31 ans.

Envoyée par la sage-femme du service pour hydramnios considérable.

Pas d'antécédents héréditaires et personnels.

D'un premier mari elle a eu un enfant né à terme actuellement bien portant.

D'un deuxième mari, elle a eu trois grossesses :

F. C. à 5 mois;

Prématuré à 8 mois, mort-né;

Grossesse pour laquelle elle consulte.

Hydramnios considérable.

Hauteur utérine 41 centimètres.

La réaction de B. W. est positive.

Elle fut mise en traitement et a accouché à terme d'un enfant P. N. 3.500, placenta 550 gr.

Accidents obstétricaux survenus au cours des grossesses précédentes :

Ainsi que nous l'avons signalé au début de ce travail, ce sont les cas les plus nombreux.

Généralement, les circonstances sont les suivantes : Une femme en état de grossesse est examinée au point de vue obstétrical et on note sur sa fiche spéciale, ses antécédents et ses grossesses antérieures ; on constate au cours de cet interrogatoire quelque événement suspect dans ses gestations précédentes et elle est dirigée sur la consultation.

Les événements les plus fréquents dans cet ordre d'idée sont les fausses couches répétées, l'accouchement d'enfants mort-nés, ou macérés ; la polymortalité ou la poly-lethalité infantile et tous les signes relatifs à une tare possible : hypertrophieplacentaire, malformation, accouchements prématurés, etc...

Ces faits sont donc très nombreux, mais encore dans chaque catégorie faut-il éliminer ceux qui se rapportent

à une cause connue ou probable, indépendante de la syphilis. Ce sont les cas où il est le plus souvent difficile de porter un diagnostic.

Fausses couches.

Nous relevons 101 observations de femmes enceintes ayant été traitées à propos de fausses couches; dans la majorité des cas, les fausses couches s'étaient répétées.

Il est fréquent d'ailleurs chez ces femmes de voir les fausses-couches alterner avec les accouchements d'enfants mort-nés ou macérés, ce qui n'est pas surprenant, mais aussi avec des naissances d'enfants souvent débilés, mais parfois aussi ne présentant pas de lésions appréciables.

Nous n'avons en vue naturellement que les cas où les fausses couches provoquées ont été éliminées, ainsi que les fausses couches liées à des causes particulières : traumatisme, affections de l'appareil génital, malformations, etc...

Il est d'usage d'accorder aux fausses couches une importance d'autant plus grande au point de vue de leurs rapports avec la syphilis qu'elles surviennent à une époque plus avancée de la grossesse, toutefois, le fait est loin d'être constant et nous remarquons un certain nombre d'observations avec des fausses couches précoces dans des cas de syphilis manifeste.

OBSERVATION N° 2

Mme P... Marguerite, 25 ans.

Envoyée par la consultation des femmes enceintes pour de nombreuses fausses-couches.

Pas d'antécédents héréditaires et personnels.

5 grossesses précédentes :

Fausse-couche de 2 mois.

Fille née à terme, morte à 4 mois de méningite.

Fausse-couche de 3 mois.

Fausse-couche de 4 mois.

Accouchement à terme d'un enfant mort-né macéré.

La réaction de B. W. est fortement positive.

OBSERVATION N° 3

Mme N..., 35 ans.

Consulte pour un enfant présentant des convulsions.

A eu 4 grossesses dont 3 fausses-couches du 3^e au 4^e mois de la grossesse et un enfant né à terme qui a présenté des convulsions et pour lequel elle est envoyée à la consultation.

B. W. négatif, mais la réaction est fortement positive chez le mari.

A l'occasion d'une nouvelle grossesse, elle a été traitée et a accouché à terme d'un enfant pesant 3.500 grammes, placenta 600 grammes, qui a été mis en traitement.

OBSERVATION N° 4

Mme C..., 21 ans.

Envoyée par la consultation des femmes enceintes pour une fausse-couche.

Antécédents héréditaires : le père est paralysé et présente une réaction de Wassermann positive. Une sœur est en traitement avec également un B. W. positif.

Une grossesse précédente s'est terminée au 2^e mois par un avortement.

Le B. W. est fortement positif.

Un traitement a été institué et sa grossesse s'est terminée par la naissance d'un enfant normal pesant 3.450 grammes.

OBSERVATION N° 5

Mme C... Marie, 36 ans.

Envoyée par le service pour accouchement d'un prématuré au 7^e mois, mort-né.

Une grossesse précédente s'est terminée par une fausse-couche au 6^e mois.

La réaction de Wassermann est positive.

OBSERVATION N° 6

Mme G... Emilie, 44 ans.

Consulte pour polymortalité infantile.

Antécédents héréditaires : père mort à 58 ans de congestion cérébrale.

Rien de particulier dans ses antécédents personnels.

8 grossesses précédentes :

Fille morte à 8 mois d'affection cardiaque;

Garçon bien portant;

Garçon vivant ayant présenté des convulsions .

Fausse-couche de 2 mois;

Fausse-couche de 3 mois;

Fausse-couche de 2 mois;

Garçon vivant.

Fausse-couche de 6 mois.

La réaction de B. W. et de Meinické sont négatives. Hecht ·
sérum anti-complémentaire.

Actuellement enceinte au 7^e mois. Elle est mise au traitement arsénical et accouche d'un enfant pesant 2.800 grammes; placenta 480 grammes.

Après accouchement, une prise de sang est effectuée : les trois réactions sont positives.

Accouchement d'enfants mort-nés.

Nous en relevons 36 observations dans lesquelles la syphilis semble avoir été la cause effective.

Nous n'avons en vue là que des cas de mort récente du fœtus sans macération et où les nombreuses circonstances obstétricales auxquelles pouvaient être liées cette évolution de la grossesse ont été éliminées : dystocie maternelle ou fœtale, longueur du travail, circulaire du cordon, présentation vicieuse, etc...

Encore faut-il noter que pour certains auteurs dans un certain nombre de cas, il est possible d'incriminer le fait d'une débilité congénitale du fœtus évoquant l'idée d'une tare, pour expliquer la mort du fœtus au cours du travail.

Du reste, de semblables faits prennent surtout leur valeur par les circonstances qui les entourent et aussi par leur répétition ou leur association avec d'autres incidents du même ordre.

Il faut aussi les rapprocher des cas de mort précoce survenant chez des enfants dont la naissance a été normale, au bout de quelques heures ou de quelques jours, sans qu'aucune lésion ou qu'aucune affection pathologique décelable soit survenue.

OBSERVATION N° 7

Mme C... Clémence, 30 ans.

Envoyée par la consultation des femmes enceintes.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels à signaler.

5 gestations, dont 3 enfants vivants et 2 mort-nés à 8 et 7 mois.

La réaction de Wassermann est positive chez la mère et négative chez les enfants vivants.

Le mari n'a pu être examiné.

Actuellement enceinte en traitement.

OBSERVATION N° 8

Mme R... Catherine, 28 ans.

Envoyée à la consultation par la sage-femme du service.

A eu deux grossesses précédentes :

Mort-né à 8 mois;

Mort-né à terme.

La réaction de B. W. est négative, mais la femme avait été traitée il y a plusieurs années, ainsi que son mari, pour syphilis.

A accouché à terme (après traitement) d'un enfant en apparence bien portant.

Expulsion d'enfants macérés.

Vingt-cinq femmes avaient accouché lors d'une grossesse précédente, de fœtus macéré.

Dans certains cas, il s'agit de macération putride, autrefois considérée comme la seule dont la syphilis fut responsable, mais dans d'autres observations il s'agit de macérations relativement récentes ou même de « début de macération ».

M. Giraud trouve le tréponème dans les organes du fœtus dans 55 pour 100 des cas. Ainsi on peut affirmer la syphilis dans plus de la moitié des cas et la soupçonner dans la plupart des cas de la seconde moitié, en particulier dans les faits autrefois étiquetés « de cause indéterminée ». Les exceptions sont peu nombreuses, soit qu'il s'agisse d'intoxication, d'albuminurie gravidique, et plus exceptionnellement d'étranglement par le cordon.

Encore faut-il observer que les macérations survenant après des albumineries gravidiques peuvent être dans certains cas considérées elles-mêmes comme suspectes.

M. Devraigne, en particulier, insiste sur les albuminuries gravidiques d'origine spécifique, précoces ou tardives et on doit tenir compte de ces faits en ce qui concerne les macérations souvent mises sur le compte d'une albuminurie dite de la grossesse.

OBSERVATION N° 9

Mme M... Marie, 20 ans.

Envoyée à la consultation pour accouchement dans le service d'un enfant né à terme mort et macéré et présentant un léger degré d'hydrocéphalie.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires, mais elle-même se plaint de maux de tête fréquents.

Les réactions sérologiques sont négatives à deux reprises. Cependant une prise de sang pratiquée chez son mari montre les réactions de B. W., de Hecht et de Meinické positives.

OBSERVATION N° 10

Mme V... Mathilde, 38 ans.

Envoyée à la consultation pour mort-né et macéré.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : scarlatine à 15 ans.

A eu 9 grossesses :

Fille bien portante 13 ans;

Garçon mort à 10 mois d'entérite;

Garçon mort à 9 mois;

Garçon bien portant 7 ans;

Fausse-couche de 2 mois;

Fausse-couche de 2 mois;

Mort-né;

Fausse-couche de 2 mois;

Mort-né macéré.

Une analyse d'urine faite pendant sa grossesse a montré des traces d'albumine.

Les réactions de B. W. et de Hecht sont négatives.

Réaction de Meinické positive.

Polymortalité infantile.

Les observations dans lesquelles le motif de la consultation a été la répétition de décès survenus chez des enfants en bas âge sont les plus nombreuses, nous en relevons III.

Là encore, en dehors de certaines circonstances, les faits prennent leur importance par leur répétition.

Toutefois, il faut noter chez ces malades suspectes la très grande fréquence des décès survenus quelques heures après l'accouchement, des convulsions et des méningites. A ce propos nous noterons le grand nombre de *méningites presque foudroyantes* enlevant l'enfant en quelques heures: Quand on interroge la mère, on l'entend souvent répondre : « Il n'a été malade que quelques heures ». Souvent, en 12 ou 24 heures, l'enfant est emporté sans que rien l'ait fait prévoir les jours précédents. Nous éliminons, bien entendu, les convulsions strictement liées à une intoxication, diarrhée infantile, ou maladie aiguë.

Ces faits de polymortalité demandent à être examinés de près. Il est indispensable d'éliminer les tares provenant de la tuberculose et de l'éthylisme par une enquête familiale approfondie.

La cause des accidents doit toujours être recherchée quand les décès se répètent, même quand il s'agit d'affec-

tions pathologiques banales, le terrain surtout étant en jeu chez des enfants hypothrepsiques ou débiles.

Le plus souvent, la polymortalité alterne d'ailleurs avec des fausses couches et des accouchements de fœtus mort-nés ou macérés; très souvent aussi avec des cas d'enfants débiles ou maladifs.

OBSERVATION N° 11

Mme B..., 38 ans.

Consulte pour un enfant issu d'une neuvième grossesse présentant un coryza syphilitique.

Les parents sont morts jeunes.

Quatre frères sont morts, dont deux en bas âge.

La malade présente un bec-de-lièvre, voûte ogivale, dents irrégulières, incisives dentelées, langue fendillée.

A eu 8 grossesses, dont un enfant vivant, rachitique ; les autres enfants sont morts en bas âge :

Quatre de méningite;

Un de convulsions;

Un d'entérite.

Une fausse-couche.

La réaction de Wassermann est légèrement positive.

OBSERVATION N° 12

Mme M... Gabrielle, 40 ans.

Envoyée en consultation par la sage-femme pour mortalité infantile.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Mariée deux fois : le premier mari est mort à 40 ans d'une méningite; le deuxième est palludéen.

5 grossesses précédentes :

Garçon mort à 2 mois de méningite;

Fille morte à 4 ans de méningite;
Garçon mort à 5 mois de rougeole;
Fausse-couche à 4 mois;
Fille morte à 17 jours.
La réaction de B. W. est positive.
Actuellement enceinte au 5^e mois, en traitement.

OBSERVATION N° 13

Mme C..., 30 ans.
Ses parents sont vivants.
12 frères et sœurs.
4 morts en bas âge de méningite.
2 morts d'affections diverses.
Les six autres bien portants.
On ne relève rien de particulier au cours de l'examen clinique.
8 grossesses :
Fille morte à 2 ans de broncho-pneumonie;
Fille morte à 5 mois de diphtérie;
Garçon mort à 10 mois de broncho-pneumonie;
Garçon mort à 8 mois d'entérite;
Garçon mort à 2 mois de convulsions;
Fille vivante en traitement;
Garçon mort à 3 mois de méningite;
Garçon mort à 11 mois d'entérite.
La réaction de B. W. est positive.

OBSERVATION N° 14

Mme P... Flora, 35 ans.
Envoyée par la consultation des femmes enceintes pour polymortalité infantile.
Deux procréateurs :
Du premier, 3 enfants actuellement bien portants;

Du deuxième mari elle a eu 7 grossesses :

2 mort-nés;

1 F. C.;

1 prématuré mort-né.

Les autres sont nés à terme, mais morts en bas âge, dont un de convulsions, bien qu'un traitement spécifique eut été institué chez les enfants dès leur naissance.

La mère n'avait jamais été traitée.

La réaction de Wassermann est positive.

Motifs divers :

Dans 21 observations, c'est le fait d'accidents survenus chez les enfants vivants qui ont fait diriger la femme sur la consultation lors d'une nouvelle grossesse.

Là encore, il faut noter la fréquence des convulsions et des méningites. On considérait autrefois que seules les convulsions survenant très précocement et en dehors de toute autre maladie, pouvaient reconnaître une origine spécifique. Mais on constate néanmoins bien des cas où les convulsions survenues à propos d'une poussée dentaire ou d'une maladie infectieuse, telle que rougeole, entérite, etc..., se rencontrent avec des accidents rendant très vraisemblables l'idée de syphilis. Nous aurons l'occasion de revenir sur ces faits, qu'il y a lieu de comparer avec ceux qui ont été publiés récemment par M. le professeur Nobecourt, qui cite les chiffres suivants :

« Sur 100 bébés ayant des convulsions, 40 à 50 sont syphilitiques;

» Sur 100 bébés hérédosyphilitiques 5 ou 6 ont des convulsions;

» Sur 100 bébés pris au hasard, 20 à 25 sont syphilitiques. »

(Prof. Nobecourt et Labée : Convulsions de la première enfance et syphilis congénitale, Société de pédiatrie, 17 janvier 1928.)

Dans cinq observations, les mères sont venues nous consulter par la connaissance de malformations chez des enfants nés lors de grossesses précédentes (bec-de-lièvre, dystrophie des membres). Nous n'insisterons pas ici sur ce sujet, ayant l'occasion d'étudier plus loin, à propos des statistiques portant sur les enfants amenés à la consultation, des observations de cet ordre.

Enfin, dans 70 cas, nos malades nous ont été adressées au moment d'une grossesse pour des motifs divers : soit que les enfants nés antérieurement à la grossesse soient débiles ou malades, soit qu'il s'agisse d'enfants prématurés généralement débiles.

Dans cette catégorie, nous trouvons un certain nombre de cas de gémellité. Notons ici que le plus souvent dans les observations où la syphilis semble être prouvée, il s'agit également d'enfants chétifs qui survivent rarement tous les deux ou qui présentent des tares qui sont plus suspectes que le fait d'une grossesse gémellaire.

Malades vues après leur accouchement

Nous avons en vue dans ce chapitre les femmes qui nous ont été adressées par la salle de travail ou le dortoir pour des causes tenant à leur accouchement ou à l'état du nouveau-né.

Nous serons brefs à leur sujet car il s'agit dans un grand nombre de cas, de faits identiques à ceux qui ont été déjà étudiés.

Nous avons réuni 786 observations :

Fausses couches : Nous relevons 118 cas de F. C. terminées dans le service et à la suite desquelles les malades nous ont été adressées. Naturellement, il ne s'agit que des cas où l'avortement provoqué a pu être nettement éliminé.

Macération : Nous en relevons 59 observations.

Enfants morts présentant des dystrophies incompatibles avec l'existence : Nous trouvons 15 observations de ces faits, dont 3 ayant trait à des fœtus anencephales, les autres à des fœtus présentant des lésions caractéristiques de la syphilis : ascite, hépatosplenomégalie, pemphigus, etc.

Enfants morts-nés : 51 malades nous ont été dirigées pour ce motif.

Enfants ayant succombé au bout de quelques heures : Nous en avons relevé un assez grand nombre : 85; il s'agit tantôt d'enfants débiles et chétifs dès leur naissance; tantôt d'enfants sains en apparence, dépérissant rapidement sans cause notoire. Nous avons déjà eu l'occasion d'exposer ces faits plus haut.

Hypertrophie placentaire.

Dans 41 observations, c'est le volume anormal ou l'aspect du placenta qui a attiré l'attention.

Classiquement, le rapport du poids du placenta à celui du fœtus est de $1/6$ à $1/7$; il faut nécessairement pour qu'elle retienne l'attention, que la disproportion soit manifeste. Parmi nos observations, la preuve d'une syphilis n'a pu être faite dans quelques cas et l'enfant étant bien portant, les gestations antérieures ayant été normales, il n'a pas été pratiqué de traitement et une surveillance de l'enfant a été seulement effectuée périodiquement.

Mais dans la majorité des cas, il s'est agi de faits non isolés et nous vérifions une fois de plus les conclusions de notre maître, M. Lévy-Solal (1).

Nous relevons, en effet, chez un grand nombre de syphylis connues des placentas d'un poids élevé et quelquefois présentant un aspect « chair à saucisse » qui signe le diagnostic.

Anticipant d'ailleurs sur les remarques que nous présenterons à propos des résultats du traitement, nous notons chez les femmes traitées irrégulièrement et insuffisamment une énorme proportion de placentas volumineux.

OBSERVATION N° 15

Mme M... Clémence, 29 ans.

Consulte pour accidents lors de ses grossesses précédentes.

Pas d'antécédents héréditaires.

Deux procréateurs, sur lesquels nous n'avons aucun renseignement.

La première grossesse est interrompue au 2^e mois par un avortement.

(1) E. Lévy-Solal : Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire. — Gynec. et obst. 1921.

Du deuxième procréateur, grossesse qui s'est poursuivie normalement, mais l'enfant est mort immédiatement après sa naissance.

Au cours d'une troisième grossesse, la malade a été traitée au 7^e mois au moyen d'injections arsenicales sous-cutanées.

B. W. et Hecht positifs.

Accouchement à terme d'un enfant pesant 3.500, placenta 750, qui présentait en outre une hépatosplénomégalie marquée et qui est mort à 5 jours.

Lors d'une quatrième grossesse, un traitement régulier a été institué et la grossesse s'est poursuivie régulièrement jusqu'à l'accouchement d'une fille née à terme pesant 3.900 grammes, placenta 500 grammes.

Motifs divers.

Dans 69 observations, les malades nous ont été adressées bien que présentant des enfants sains d'apparence, pour des circonstances diverses : syphilis anciennes avouées, hydramnios, gemellité, antécédents pathologiques suspects pour une raison quelconque.

Motifs ayant trait au nouveau-né.

Dans ces observations, la femme a été vue à propos du nouveau-né : dans 50 cas, il s'agissait d'enfants nés avant terme; dans 298 cas d'enfants nés à terme, mais présentant quelque circonstance suspecte, ou bien d'enfants sains en apparence, mais qu'il semblait à propos de surveiller et d'examiner en raison des grossesses antérieures de la mère.

Ces faits rentrent dans la catégorie de ceux que nous allons examiner à propos des nouveau-nés et des nourrissons.

Nouveau-nés et nourrissons

Syphilis connue de la mère. — 23 cas, suivant que la mère avait reçu ou non un traitement suffisant avant son accouchement, ces enfants ont été immédiatement mis au traitement ou gardés en surveillance.

Manifestations évidentes de syphilis. — Nous relevons 9 cas de pemphigus, dont une observation qui nous a semblé intéressante en raison des effets rapides du traitement.

Voir observations 27 et 44.

Gemellité. — Nous avons retenu 10 observations dans lesquelles les circonstances sont suspectes.

Malformations. — Parmi 15 observations, deux nous ont semblé particulièrement démonstratives et la première intéressante par surcroît, en raison de l'effet du traitement chez un enfant qui a pu être suivi assez longtemps.

OBSERVATION N° 16

Mme K... Léa, 40 ans.

Cette malade a accouché dans le service, d'une fille présentant une absence congénitale du pouce à chaque main.

Réaction de Hecht positive chez la mère.

Antécédents : elle a été mariée deux fois; du premier mari elle a eu un garçon mort à 6 semaines d'entérite et une fille vivante, âgée de 15 ans, pesant à la naissance 4.450 gram-

mes; cette fille présente une voûte palatine ogivale et une langue scrotale.

D'un deuxième mari elle a eu un garçon mort à 5 ans, d'une taille et d'un poids très insuffisants, qui paraissait, dit la mère, avoir un an quand il est mort. Cet enfant présentait en outre une luxation de la hanche et des mains non formées, à peine ébauchées.

Un autre garçon né aussitôt après est âgé actuellement de 4 ans et ne présente rien d'anormal.

Deux fausses-couches dans l'intervalle.

Puis naissance d'une fille, Charlotte, née à terme, poids 2.660 grammes, présentant une absence bilatérale du pouce qui est suppléé par une petite excroissance charnue; luxation de la hanche gauche.

Cet enfant a été suivie et traitée.

Nous avons l'occasion de revenir sur cette observation à propos du traitement (p. 70).

Nous citerons encore une observation qui nous a paru intéressante, car la dystrophie se répète sur plusieurs générations dans une famille où les circonstances pathologiques sont suspectes.

OBSERVATION N° 17

Madame M..., 32 ans.

Neuf grossesses, dont deux enfants morts en bas âge de méningite et un enfant qui a toujours été débile. Cette femme présente un front très déprimé, les deux oreilles présentent un pavillon extrêmement large, dessoudé, plat; le lobule est complètement isolé et à l'attache de l'oreille on distingue plusieurs tubercules également isolés; dentition caractéristique :

canines et incisives piquées, dents en tournevis, langue profondément fissurée.

Parmi ses antécédents, père mort à 50 ans, cardiaque.

La mère, vivante (62 ans), présente les mêmes déformations de l'oreille; elle a eu 7 enfants dont 3 morts de méningite, et un garçon présentant également des malformations à peu près semblables de l'oreille. La mère de cette malade avait un frère mort en bas âge et une sœur morte de cancer présentant des oreilles minuscules à peine dessinées.

Aucun renseignement sur la génération précédente.

La réaction de B. W. est négative chez la malade et chez ses enfants.

Enfants prématurés. — Nous avons retenu 50 observations; pour la majorité des cas, il s'agit d'enfants également chétifs et dont les antécédents héréditaires imposaient un traitement.

Enfants débiles. — 60 nourrissons nés à terme présentant de l'hypothrepsie ou une insuffisance de poids ont été examinés et pour la plupart traités.

Convulsions. — 38 enfants ont été traités à propos de convulsions.

Polymortalité. — 66 nourrissons ont été traités en raison des circonstances pathologiques survenues chez leurs aînés.

Motifs divers. — Enfin, 31 enfants ont été vus pour des motifs divers : rachitisme, splénomégalie, cranio tablès, etc...

TABEAU I

I. — MOTIFS AYANT AMENÉ LES FEMMES ENCEINTES A LA CONSULTATION.

Syphilis connue.	21
Syphilis' ou S''.	11
Hydramnios.	9
Polylethalité infantile.	111
Fausses-couches répétées.	101
Macérés.	25
Mort-nés.	36
Malformations.	5
Convulsions chez les enfants.	16
Divers.	70

II. — MOTIFS AYANT AMENÉ LES FEMMES APRÈS LEUR ACCOUCHEMENT.

Accouchement de macérés.	59
Accouchement de mort-nés.	51
Fausses-couches.	118
Enfants morts après l'accouchement.	85
Malformations chez les enfants.	15
Hypertrophie placentaire.	41
Prématurés suspects.	50
Enfants débiles.	298
Divers.	69

III. — MOTIFS DE CONSULTATION DES ENFANTS.

Hérédité syphilitique connue.	23
Manifestations évidentes de syphilis.	9
Malformations.	15
Jumeaux.	10
Convulsions.	38
Débiles.	60
Polymortalité.	66
Placenta volumineux.	41
Divers.	31

Diagnostic

Dans un certain nombre de faits, le diagnostic ne souffre aucune difficulté. Il en est ainsi chez les femmes porteuses d'accidents spécifiques primaires ou secondaires, de même que pour celles dont l'infection acquise ou héréditaire est connue ou manifeste.

Dans notre statistique, nous trouvons la proportion suivante :

Syphilis ancienne connue : 17 p. 100;

Syphilis en évolution ou en cours de traitement : 5 p. 100;

Syphilis héréditaire manifeste ou probable, 10,8 p. 100.

Il en va tout autrement dans les cas où il s'agit d'un accident d'apparence banal, tel que fausse-couche, accouchement d'un enfant mort-né ou n'ayant pas survécu, mortalité infantile, etc..., car ces faits peuvent reconnaître des causes multiples et généralement le diagnostic s'entoure de circonstances qui peuvent se discuter :

En ce qui concerne les fausses couches, en éliminant celles qui ont pu être provoquées, les explications invariables sont celles d'une chute, de fatigue, de travail pénible, etc...

L'accouchement d'un enfant mort-né ou n'ayant pas survécu peut s'expliquer du fait de la lenteur du travail d'un accident dû au cordon, d'une présentation vicieuse.

Quant à la polymortalité, nous avons vu précédemment que les circonstances s'imposent rarement et que bien souvent les causes de mortalité elles-mêmes prêtent à discussion.

Or, il ressort des chiffres que nous avons cités, que la proportion de syphilis connues est dans l'ensemble peu importante, puisque nous trouvons dans notre étude 67 p. 100 de cas de syphilis ancienne méconnue, avec accidents obstétricaux ou manifestations spécifiques dans la descendance. Le plus souvent donc, la syphilis est ignorée, soit qu'il s'agisse d'une infection ayant passée inaperçue, soit qu'il s'agisse d'un procréateur syphilitique (et ce dernier cas fait évoquer l'idée de la syphilis conceptionnelle de jadis, soit qu'il s'agisse de syphilis héréditaire méconnue elle-même pour des raisons analogues à celles que nous exposons.

Comme le dit M. Pinard, dans ce cas, la syphilis « ne sera souvent décelable ni par les signes cliniques, ni par les signes sérologiques et ne se révélera que par ses atteintes au produit de conception ».

Dans cet ordre d'idées, où il s'agit avant tout de rapporter des accidents parfois d'apparence banale à leur véritable cause, un examen complet de la femme est nécessaire, auquel il faut obligatoirement joindre une enquête concernant les antécédents morbides ou héréditaires, ainsi que l'histoire de chacune des gestations précédentes,

s'il y a lieu. Cet examen et cet interrogatoire donnent parfois des renseignements d'une extrême importance.

OBSERVATION N° 18

Mme P..., 32 ans.

Envoyée par la consultation des femmes enceintes pour accident lors de ses grossesses précédentes.

On ne relève rien de suspect dans ses antécédents héréditaires.

L'examen clinique est négatif.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} grossesse : prématuré à 8 mois mort-né avec gros placenta;

2^e grossesse : garçon né à terme, mort aussitôt après sa naissance.

La réaction de B. W. est négative.

Le mari, 36 ans, chauffeur, est soigné irrégulièrement depuis plusieurs années pour syphilis et la réaction de Wassermann effectuée dans le service est fortement positive.

OBSERVATION N° 19

Mme M..., 29 ans.

Venue consulter pour convulsions chez un de ses enfants.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

1^{re} grossesse : mort-né.

2^e grossesse : fille née à terme, P. N. 2.750 grammes, chétive.

3^e grossesse : fille née à terme, P. N. 3.500 grammes; c'est elle qui a présenté des convulsions.

Le Wassermann et la P. L. sont négatifs chez l'enfant.

La réaction de B. W. est négative chez la mère.

Le mari est examiné et on apprend qu'il a subi un traitement par injections à propos d'accidents oculaires.

Les réactions sérologiques sont fortement positives à deux reprises. Mis en traitement, ce malade l'a eu néanmoins une congestion cérébrale à 43 ans avec hémiplégie gauche.

Diagnostic sérologique

L'examen clinique et l'enquête héréditaire sont obligatoirement complétés par l'étude sérologique qui doit porter non seulement sur la femme, mais aussi sur le procréateur des enfants et même quand cela est jugé nécessaire, sur les parents de la femme elle-même.

Ilâtons-nous d'ajouter que pareille réalisation n'est pas toujours facile du fait de la résistance rencontrée parfois chez le procréateur et aussi parce que le procréateur du moment n'est pas toujours le responsable de la contamination, ce qui laisse une cause d'erreur appréciable.

D'une façon générale, les réactions effectuées ont été celles de B.-W de Hecht et de Meinicke, ces trois réactions étant pratiquées systématiquement chez toutes les femmes dirigées sur la consultation.

Ces réactions ont été pratiquées au laboratoire du service, sous la direction du docteur Dalsace.

Bien entendu, les chiffres que nous indiquons plus bas n'ont trait qu'à des femmes chez lesquelles le diagnostic de syphilis paraissait très vraisemblable en l'absence de cause précise aux accidents et après élimination de tout autre facteur pathologique probable. Nous n'avons d'ailleurs retenu que les observations suffisamment démonstratives à cet égard.

Notre statistique portera à la fois sur les femmes enceintes et sur celles qui ont été vues après leur accouchement.

Après avoir indiqué ces chiffres, nous les comparerons avec la statistique d'ensemble des réactions pratiquées dans le service et nous en discuterons ensuite les rapports avec ceux qui ont été publiés par M. Pinard.

Les réactions ont été pratiquées pour les motifs suivants dans les observations que nous avons retenues, relatives aux femmes traitées dans le service et chez lesquelles la syphilis ne fait pas de doute.

Syphilis connue.....	Réactions positives	47,6 %
Macérés	»	50,3 %
Morts-nés	»	46 %
Fausse couches	»	26,4 %
Hydramnios	»	12,5 %
Gros placenta	»	12,1 %
Polymortalité infantile ...	»	31,5 %
Enfants morts 1. jours suiv.	»	25,8 %
Prématurés suspects	»	20,4 %
Suspects nés à terme....	»	16 %
Malformations	»	13,3 %
Convulsions	»	25 %
Divers	»	13,8 %

Dans les réactions sérologiques positives, nous comprenons les réactions de Wasserman, de Hecht et de Meinicke.

Si nous considérons les chiffres qui ont été publiés sur

le même sujet par M. Pinard (Clinique et laboratoire n° 5, 20 mai 1928, page 91, « la réaction de B. W. au cours de la gestation ») nous trouvons que les nôtres sont très sensiblement plus élevés, mais nous signalons de suite que ces deux statistiques ne sont pas comparables d'une façon absolue, du fait que nous n'avons en vue que les réactions pratiquées chez la femme et non chez le mari, et que d'autre part, les observations que nous avons retenues ont été choisies parmi celles où le diagnostic de syphilis paraissait très probable.

M. Pinard trouve en effet :

Fausse couches	Réact. posit.	11,96 %
Enfants suspects.		12,25 %
Enfants morts en bas âge		9,81 %
Syphilis récente ou traitée		46,60 %
Syphilis héréditaire.		17,80 %
Macérés.		21,12 %
Prématurés.		12,24 %
Hydramnios		7,69 %
Enfants morts au cours du travail		5,88 %
Gros placenta.		0 %
Divers.		0 %

Le proportion relative est cependant analogue et par ailleurs, si nous examinons sans discriminations la statistique globale des réactions de B. W. pratiquées à la consultation, hommes, femmes et enfants, nous trouvons un pourcentage de 17,40 % contre 16,2 % dans la statistique de M. Pinard. Dans l'une et l'autre, il s'agit de sujets

examinés pour des raisons analogues. Ainsi, loin de s'opposer, avec des résultats présentés différemment, nos chiffres montrent dans des observations étudiées et choisies une proportion de réactions sérologiques négatives très importante.

D'ailleurs, les observations abondent d'enfants atteints de syphilis héréditaire, alors que les réactions sérologiques sont négatives chez les parents.

OBSERVATION N° 20

Mme L... Eugénie, 28 ans.

Envoyée par la consultation des enfants pour sa fille présentant une maladie de Parrot typique.

Rien de particulier dans ses antécédents.

A eu 3 grossesses.

Fille actuellement 7 ans, chétive.

F. C. de 3 mois.

Fille née à 7 mois, P. N. 2.000, placenta très gros. Actuellement âgée de 8 mois. C'est elle qui a présenté la maladie de Parrot.

La réaction de Wassermann est négative chez la mère ainsi que chez la fille.

Toutefois la fille aînée a pu être examinée et présente une réaction de Wassermann et une réaction de Hecht positives.

Dans la suite on apprend que le mari est traité dans le service de l'hôpital Saint-Louis pour une affection nerveuse dont il est mort par la suite.

Le traitement spécifique a été institué et la pseudo-paralyse de Parrot est actuellement guérie.

Toutefois les réactions de Wassermann et de Hecht ont persisté longtemps chez la fille aînée, malgré un traitement très régulier et suffisamment intensif.

OBSERVATION N° 21

Mme V... Marcelle, 22 ans.

Envoyée à la consultation pour accouchement d'un enfant macéré.

Père inconnu.

La mère, âgée de 43 ans, est bien portante.

Ni frères ni sœurs.

Antécédents personnels : strabisme, kératite ancienne, 4 incisives médianes supérieures en palettes, canines petites et proéminentes.

Voûte palatine ogivale type avec épaissement énorme des parois. Sillons très marqués à la langue. Elle souffre continuellement de la tête et l'année dernière on lui a fait une P. L. pour cette raison.

1^{re} grossesse : enfant mort-né.

2^e grossesse : mort et macéré, P. N. 2.300 grammes, placenta 570 grammes, chair à saucisse.

La réaction de B. W. est négative.

OBSERVATION N° 22

Mme B... Marie-Rose, 20 ans.

Vient des salles pour accouchement d'un macéré.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ni personnels.

Pas d'albumine dans les urines.

1^{re} grossesse : mort-né.

2^e grossesse : macéré 1.100 grammes, placenta 500 grammes.

La réaction de B. W. est négative.

RÉACTIONS DISCORDANTES

De même on peut observer des réactions positives chez l'enfant, alors que la mère présente des réactions négatives. Les faits de discordance entre les réactions des parents et de l'enfant ont été cités par MM. Nebecourt, qui indique 11 % de discordance et Laurent, 43 %, dont 6,2 % négatifs chez les parents.

Nous trouvons dans notre statistique les rapports suivants :

Réactions sérologiques concordantes.....	42 %
Réactions sérélogiques posit. chez les parents et négat. chez les enfants.....	51,1 %
Réactions sérologiques négat. chez les parents et posit. chez les enfants.....	6,9 %

Notons d'ailleurs que dans un certain nombre d'observations, nous notons des réactions sérologiques également discordantes chez les frères et sœurs nés de deux mêmes procréateurs ; dans un cas, en particulier la réaction de Wassermann est positive chez la sœur aînée et négative chez la cadette qui nous est adressée pour une maladie de Parrot typique (obs. 20). Ces faits sont très nombreux (voir également obs. 26).

OBSERVATION N° 23

Mme S... Marthe, 29 ans.

Vient consulter pour sa fille âgée de 7 ans, malade depuis deux ans.

Rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires et personnels ainsi que du côté de son mari.

La réaction de B. W. s'est montrée *négative* pour les deux conjoints.

La fille est née à 7 mois, première dent à 1 an, premiers pas à 2 ans; elle a eu la rougeole et la coqueluche.

Depuis deux ans elle présente un déhanchement très marqué à la marche.

On a d'abord diagnostiqué une coxalgie, mais la radio s'est montrée négative. Elle a été envoyée à la consultation pour un examen de sang qui a montré la réaction de *Hecht fortement positive*.

Mise au traitement depuis fin 1928 par des injections I. V. de novar.

Actuellement son état s'est amélioré et son état général est excellent.

Une réaction de Wassermann, pratiquée récemment, est négative.

Nous citerons encore une observation qui nous a semblé intéressante, parce que c'est la grand'mère qui présente une réaction positive, alors que la mère et l'enfant ont un B. W. négatif.

OBSERVATION N° 24

Mme S..., 34 ans.

Consulte étant enceinte pour des fausses-couches et des enfants morts des convulsions.

A eu 7 grossesses.

La première et la deuxième se sont terminées par l'accouchement à terme d'enfants normaux dont le deuxième est actuellement dans un préventorium.

3^e et 4^e grossesses : fausses-couches de 3 mois.

5^e grossesse : enfant ayant présenté plusieurs fois des convulsions.

6^e grossesse : fausse-couche de 4 mois.

7^e grossesse : fille morte à 6 mois de convulsions.

L'examen clinique complet n'a rien révélé chez elle ni chez son mari.

Le B. W. était négatif pour tous les deux.

Parmi les antécédents héréditaires de cette malade : père mort subitement à 56 ans.

Mère morte d'une paralysie à 52 ans. La malade savait qu'une réaction de Wassermann avait été positive et qu'elle avait été traitée.

Un frère mort à 5 ans de méningite et une sœur morte à 10 jours.

Mise au traitement, elle a accouché d'une fille, P. N. 3.800 grammes, placenta 650 grammes, bien portante, qui est suivie à la consultation.

Enfin, nous avons retenu plusieurs cas de réactivation de B. W. au cours de la grossesse; nous n'en citerons que deux :

OBSERVATION N° 25

Mme P... Blanche, 25 ans.

A été vue à la clinique Baudeloque à propos d'un enfant issu de sa 2^e grossesse mort aussitôt après sa naissance.

Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires et personnels.

1^{re} grossesse : jumeaux, l'un mort à 4 heures, l'autre à 15 jours.

2^e grossesse : enfant mort immédiatement après sa naissance.

La réaction de B. W. est négative.

Redevenue enceinte, elle a été néanmoins mise en traitement; cependant la grossesse s'est interrompue par un avortement.

Une réaction de Wassermann effectuée lors de cette fausse-couche s'est montrée positive.

Pour une 4^e grossesse elle vient à la consultation de Saint-Antoine.

Le B. W. est négatif, mais au bout de trois piqûres de novarsénobenzol il redevient positif.

Le traitement est continué et elle accouche d'un enfant bien portant. P. N. 2.820 grammes, placenta 550 grammes.

Le B. W. est négatif à l'accouchement.

OBSERVATION N° 26

Mme H... Delphine, 35 ans.

Est venue consulter étant enceinte pour la 4^e fois.

Pas d'antécédents héréditaires et personnels.

1^{re} grossesse : garçon né à terme, P. N. 5.000. Actuellement 6 ans; encéphalite à l'âge de 2 ans et demi survenue brusquement, à la suite de laquelle l'enfant a présenté des symptômes de démence : démence totale, défaut complet d'affectivité, brutalité, etc...

La réaction de B. W. est positive chez cet enfant.

Suit actuellement un traitement qui n'a donné que peu de résultats.

2^e grossesse : garçon, P. N. 4.200 grammes, en traitement bien que ne présentant aucun trouble. B. W. négatif.

3^e grossesse : garçon 4.180 grammes, placenta 550 grammes, bien portant. B. W. négatif.

La réaction de Wassermann a été pratiquée chez la mère à sept reprises différentes après l'examen sérologique de son fils aîné.

Les sept réactions se sont montrées négatives.

La malade se trouva enceinte; on a institué néanmoins un traitement et une réaction de Wassermann pratiquée au cours de la première série de novarsénobenzol s'est montrée

fortement positive et n'est redevenue négative qu'après un traitement suivi régulièrement pendant plusieurs mois.

Il importe de faire observer que le fait d'une réaction négative n'implique pas une infection diminuée, comme nous l'avons vu dans les observations citées plus haut. Inversement, il est facile de citer des faits dans lesquels bien que le B. W. soit fortement positif, le produit de conception est sain et se développe normalement.

RÉACTION DE MEINICKE :

Nous avons dit plus haut que d'une façon générale les réactions de Bordet-Wassermann et de Hecht ont été effectuées simultanément avec celle de Meinicke dans chaque cas. Nous avons pu de la sorte vérifier la concordance des résultats fournis par cette dernière réaction. Même dans quelques cas, la réaction de Meinicke s'est révélée avec une sensibilité supérieure à celle des deux réactions classiques, soit qu'elle reste positive la dernière, soit qu'elle se montre positive, alors que le W. et le H. sont négatifs, bien que les circonstances de la syphilis soient connues.

Nous citerons brièvement ces faits qui nous ont paru intéressants à signaler :

Dans l'ensemble des réactions pratiquées simultanément (B. W., Hecht et Meinicke) nous trouvons une proportion de 8 % environ de réactions positives à l'avantage de la réaction de Meinicke, comparativement avec les deux autres.

Dans les dernières réactions pratiquées, nous trouvons 78 réactions positives de B. W. et de Hecht contre 88 réactions de Meinicke positives.

OBSERVATION N° 27

Mme D... Lucie, 21 ans.

Vient consulter pour un enfant né à 8 mois, mort quelques jours après sa naissance et présentant du pemphigus palmo-plantaire.

Les réactions de Wassermann et de Hecht sont négatives chez la mère, mais la réaction de Meinické est positive.

Une prise de sang effectuée chez son mari montre les réactions de B. W., de Hecht et de Meinické positives.

Après un traitement par le novarsénobenzol, le Wassermann et le Hecht deviennent négatifs, mais le Meinické reste encore positif.

OBSERVATION N° 28

Mme C... Génia, 26 ans.

Consulte pour un enfant né à terme, mort immédiatement après sa naissance.

Antécédents héréditaires : sa mère est morte à 33 ans d'une hémiplegie gauche. Trois frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels : a eu des convulsions répétées étant enfant et une méningite à 15 ans.

Les réactions de B. W., H., M. sont positives.

Après traitement elle accouche de deux jumeaux, dont l'un est mort à 4 mois de gastro-entérite et l'autre bien portant est actuellement en traitement.

Au moment de l'accouchement, le Wassermann et le Hecht sont négatifs, le Meinické reste encore positif.

Le mari n'a pu être examiné.

OBSERVATION N° 29

Mme D... Anne, 26 ans.

Syphilis acquise, traitée dès la période secondaire à l'hôpital Tenon.

1^{re} grossesse : la malade est traitée pendant cette grossesse pour roséole, mais la grossesse est interrompue au 4^e mois par une fausse-couche.

2^e grossesse : prématuré au 7^e mois mort-né.

Etant de nouveau enceinte, elle vient consulter.

Les trois réactions sont positives.

Après une série de novarsénbenzol et deux séries de quinby elle accouche à terme d'un enfant présentant du coryza syphilitique et une hydrocèle droite. P. N. 3.600 grammes, placenta 720 grammes.

La réaction de W. et de H. sont négatives.

Le Meinické reste encore positif.

OBSERVATION N° 30

Mme C... Marguerite, 27 ans.

Envoyée par la consultation des nourrissons pour éruption suspecte survenue chez un enfant.

Syphilis acquise traitée au moment de la roséole, en 1923.

En 1927 elle a accouché, après traitement pendant sa grossesse, d'une fille actuellement bien portante à sérologie négative.

En 1929 elle a accouché sans traitement d'une fille qui a présenté une éruption généralisée surtout marquée aux fesses, aux cuisses et à la face. De plus, coryza typique, intense, gênant fortement l'enfant pour respirer.

L'enfant a été mis en traitement et est actuellement bien portant.

La sérologie était positive chez la mère, mais après une série de novar, seule la réaction de Meinické restait positive.

Dans ces deux observations, nous avons noté une réactivation de la réaction de Meinické seulement au cours du traitement.

OBSERVATION N° 31

Mme J... Lucienne, 26 ans.

Consulte pour mortalité infantile.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Deux grossesses.

Garçon mort à 3 mois de gastro-entérite aiguë.

Jumeaux nés à Baudeloque traités pour hépatosplénomégalie très marquée, qui a disparu au cours du traitement.

Morts ensemble à 7 mois.

Les réactions sérologiques de la mère étaient négatives.

Cependant elle fut traitée et une prise de sang effectuée lors du traitement a montré la réaction de Meinické positive.

OBSERVATION N° 32

Mme C..., 33 ans.

Père mort subitement à 42 ans.

Présente de nombreux stigmates d'hérédosyphilis.

6 grossesses :

Fille vivante 16 ans;

Fille morte à 16 mois;

Fille morte à 13 mois de méningite;

Garçon vivant 9 ans, rachitique.

F. C.

Les réactions sérologiques ont été négatives à plusieurs reprises. La fille aînée, examinée, présente des stigmates caractéristiques d'hérédosyphilis; mais des réactions sérologiques sont négatives à quatre reprises différentes.

Une prise de sang effectuée chez cette dernière lors de son premier traitement a donné la réaction de Meinické positive.

SÉRUM ANTI-COMPLÉMENTAIRE.

Nous présentons encore quelques observations à propos des sérums anti-complémentaires dans les réactions de Hecht et de Wasserman. Il nous a semblé que ces réactions curieuses dans lesquelles le tube témoin n'est pas hémolysé, se rencontraient avec fréquence dans des cas où la syphilis était certaine ou invraisemblable. Voici comment se traduisent ces remarques que, sans vouloir expliquer, nous avons cru intéressant de signaler :

1^{re} Dans 4 observations, Hecht S. A. C. avec B. W. positif ; dans 5 observations, Hecht S. A. C. avec B. W. négatif, mais la syphilis est connue ou certaine ;

2^o Dans 1 observation, Wassermann S. A. C. avec Hecht positif ; dans 1 observation, Wassermann S. A. C. avec Hecht négatif, mais syphilis connue.

3^o Dans 3 observations, les réactions de B. W. et Hecht montrent un S. A. C., mais ces réactions deviennent positives après traitement (réactivation) ;

4^o Dans 6 observations, les réactions de B. W. ou de Hecht, après avoir été positives deviennent négatives sous l'influence du traitement, mais l'une d'elles présente un S. A. C.

OBSERVATION N° 33

Mme F... Marthe, 27 ans.

Consulte pour polymortalité infantile.

Antécédents héréditaires : père vivant, mère aveugle à 40 ans.

A eu 12 frères et sœurs, parmi lesquels 5 morts en bas âge de méningite. Sur les 7 vivants, un très myope, un sourd et deux jumeaux.

Antécédents personnels : méningite à 14 ans.

Antécédents obstétricaux : 3 grossesses :

Fille morte à 3 mois de méningite;

Garçon mort à 2 ans de convulsions;

Fille née à terme pesant 2.800 grammes, bien portante.

Les réactions de Wassermann et de Meinické sont négatives.

Hecht : sérum anticomplémentaire.

L'enfant a été mis en traitement ainsi que la mère; une prise de sang a été effectuée chez cette dernière avant la troisième piqûre intraveineuse. Réaction de Hecht positive.

OBSERVATION N° 34

Mme G... Léontine, 43 ans, enceinte au 7^e mois.

Consulte pour mortalité infantile.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

Deux procréateurs : du premier (alcoolique) a eu une fille actuellement âgée de 16 ans, arriérée; du deuxième mari 4 grossesses :

Garçon actuellement 7 ans bien portant;

Enfant décédé à la naissance;

Fausse-couche de 3 mois;

Enfant mort à 5 jours.

La réaction de Wassermann est positive.

Hecht : sérum anticomplémentaire.

Meinické : négatif.

Mise en traitement, elle accouche d'un enfant pesant 2.000 grammes, placenta 1.000 grammes. L'enfant présentait en

outre une hépatosplénomégalie et des bulles de pemphigus.
Mort 4 jours après.

OBSERVATION N° 35

Mme F...-Jeanne, 20 ans.

Envoyée des salles pour gros placenta.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels.

1^{re} grossesse : fille à terme 2.670 grammes, placenta 650 grammes.

Réaction de Wassermann négative; Hecht : sérum anti-complémentaire.

Le père du mari est mort à 34 ans d'anévrisme d'aorte.

OBSERVATION N° 36

Mme P... Marie, 33 ans.

Enceinte au 8^e mois, consulte pour mortalité infantile.

Pas d'antécédents héréditaires.

Voûte palatine ogivale très épaisse; langue fendillée profondément.

4 grossesses :

Fille actuellement âgée de 7 ans, bien portante;

Jumeaux morts l'un immédiatement, l'autre à quelques semaines;

Mort-né à terme;

Fausse-couche de 2 mois.

La réaction de Wassermann est négative; Hecht : sérum anticomplémentaire.

A été mise en traitement (trois piqûres de novarsénobenzol).

Accouchement d'un enfant pesant 3.800 grammes, placenta 800.

Une nouvelle prise de sang effectuée après l'accouchement donne même résultat que la première.

OBSERVATION N° 37

Mme M... Jeanne, 32 ans.

Enceinte au 5^e mois.

A eu 5 grossesses de trois procréateurs différents :

Fille née à terme actuellement bien portante; . . .

Fille morte à 6 mois d'entérite;

Fille morte à 4 mois de gastro-entérite;

Fausse-couche de 5 mois;

Prématuré à 8 mois mort-né;

Les trois réactions sont positives.

A été mise en traitement au moyen de novarsénobenzol intraveineux : deux séries.

Accouchement d'une fille 2.900 grammes, placenta 480 grammes.

Une prise de sang pratiquée après l'accouchement.

B. W. négatif.

Hecht : sérum anticomplémentaire.

Les Résultats des Traitements

1) Traitement des femmes enceintes.

Nous avons envisagé les résultats des traitements effectués au cours de la grossesse, suivant l'époque à laquelle ils ont pu être entrepris.

Nous n'avons en vue ici que des observations qui ont pu être suivies suffisamment longtemps après l'accouchement; il nous a paru en effet important de constater ce que deviennent les enfants nés de femmes traitées et de rechercher quel était leur avenir au point de vue pathologique.

1° Femmes traitées avant la grossesse

Dans un assez grand nombre de cas, il s'agit de femmes qui ont été suivies à la consultation depuis un accouchement précédent et qui ont été traitées jusqu'à une nouvelle grossesse.

65 femmes ont été traitées dans ces conditions et les résultats ont été les suivants :

a) Enfants vivants :

Accouchements normaux; enfants sains placenta normal: 51;

Prématuré : 1;

Gros placenta : 5;

Convulsions chez l'enfant : 1.

b) Grossesses interrompues ou mortalité :

Fausse-couches : 2;

Enfant mort-né : 1;

Enfants morts en bas âge : 4 ; 1 broncho-pneumonie à 14 mois; 1 rougeole à 2 mois; 1 mort à 2 ans; 1 mort à 4 mois de coqueluche.

Soit 89,2 p. 100 d'enfants vivant.

Nous remarquons que quatre enfants sont morts en bas âge de maladies ne présentant pas de caractères précis pouvant être mis sur le compte de la syphilis.

2° Femmes traitées au cours de la grossesse

a) Enfants vivants :

Accouchement normal, enfants sains, placenta normal : 101;

Prématuré : 1;

Gros placenta : 12.

b) Grossesses interrompues ou mortalité :

Fausse-couches : 9;

Morts-nés : 7 (1 forceps et 1 version);

Enfants morts en bas âge : 11, dont :

2 morts quelques heures après l'accouchement;

2 morts de méningite à 6 mois et 13 mois;

1 mort à 4 mois de coqueluche;

- 1 mort à quelques jours; ictère;
- 1 de rougeole à un mois;
- 1 de coqueluche à 6 mois;
- 2 d'entérite et troubles gastro-intestinaux;
- 1 de broncho-pneumonie.

Soit un pourcentage de 80,8 % d'enfants vivants, dont 88,6 % nés à terme avec placenta normal.

3° Femmes traitées irrégulièrement ou tardivement

a) Enfants vivants :

- Accouchement normal, enfants sains : 23;
- Prématuré : 2;
- Gros placenta : 7;
- Convulsions : 1.

b) Grossesses interrompues ou mortalité :

- Fausse-couches : 4;
- Morts-nés : 3;
- Macérés : 2;
- Morts en bas âge: 10, dont :
 - 1 à 15 jours avec ictère;
 - 3 à quelques jours, dont 2 avec ictère;
 - 2 de convulsions à 2 mois et 9 mois;
 - Jumeaux à 30 jours et un an de méningite; jumeaux de méningite vers un an.

Soit un pourcentage de 63,4 % d'enfants sains, dont 69,2 nés à terme avec des placenta normaux.

Ainsi donc, si nous examinons les résultats des traitements chez des femmes traitées avant la grossesse; pendant celle-ci et tardivement ou irrégulièrement, nous trouvons les pourcentages d'enfants vivants :

Traitées avant la grossesse.....	89,2 %
Au cours de la grossesse.....	80,80 %
Tardivement ou irrégulièrement.....	63,4 %

Dans la troisième catégorie, nous remarquons que 69,2 % seulement des enfants vivants sont nés à terme avec des placentas de poids normal.

Il ressort donc de ces faits que les meilleurs résultats se rencontrent chez des femmes traitées dès avant la grossesse, aussi est-il très important de recruter les consultantes dès leur sortie de l'hôpital quand l'accouchement s'est présenté dans des circonstances suspectes ou que l'enfant n'a pas vécu.

Nous n'insisterons pas sur le fait que dans les chiffres que nous indiquons plus haut certaines malades bien que traitées avant d'être enceintes n'ont pas eu des traitements aussi complets que cela eût été désirable et que les statistiques se trouvent ainsi faussées dans une certaine mesure; mais il serait difficile de ne comparer que des traitements de même ordre, et nous avons pris les chiffres tels qu'ils nous sont apparus.

Quoi qu'il en soit, plus le traitement est précoce, plus le résultat est favorable, à condition qu'il soit conduit d'une façon suffisamment intensive; mais dans quelques cas, un traitement tardif peut avoir une réelle efficacité : les résultats en sont plus aléatoires, mais il y a là une

chance qu'il importe de ne pas négliger.

A titre comparatif, nous avons cru intéressant de rechercher chez les malades dont les observations ont été retenues, les résultats des grossesses avant et après l'institution du traitement. Ces chiffres montrent éloquemment les résultats acquis :

A) *Avant tout traitement :*

Nombre de gestations : 572;

Enfants vivants : 141;

Fausses-couches, morts-nés ou morts en bas âge : 431.

Soit un déchet de 75 p. 100.

B) *Après l'institution du traitement :*

Nombre de gestations : 258;

Enfants vivants : 205;

Déchet : 53.

Soit un déchet de 20 %.

c) *Traitements réguliers ou pratiqués avant la grossesse.*

Nombre total 206;

Enfants vivants : 172;

Déchets : 34.

Soit seulement un déchet de 16,5 %.

Nous ferons ici une remarque d'un autre ordre : le grand nombre de placentas volumineux chez des femmes qui ont reçu un traitement incomplet et qui restent parfois comme la dernière signature d'une syphilis.

Si nous considérons la proportion de gros placentas par rapport aux enfants vivants, nous trouvons les chiffres suivants :

Chez les femmes traitées avant gestation.....	8,62 %
Chez les femmes traitées au cours de la gestation.	5,5 %
Chez les femmes traitées tardivement ou irrégulièrement.	26,9 %

OBSERVATION N° 38

Mme P... Marguerite, 25 ans.

Syphilis acquise du mari qui fut traité dans le service de M. Gougerot en 1926; accouchement d'un enfant prématuré mort-né.

Le B. W. était positif et un traitement avait été institué par le novarsénobenzol.

A l'occasion d'une nouvelle grossesse, le traitement a été continué.

Accouchement d'un enfant, P. N. 3.200 grammes, placenta 670 grammes.

Le B. W. est négatif.

OBSERVATION N° 39

Mme D... Anne, 26 ans.

Envoyée par la consultation des femmes enceintes.

Deux grossesses précédentes : fausse-couche à 4 mois; mort-né à terme. Le Wassermann est fortement positif. Le mari n'a pu être examiné.

Etant enceinte un traitement a été institué et elle accouche d'un enfant normal pesant 3.600 grammes, placenta 770 grammes.

Le B. W. est négatif lors de l'accouchement.

OBSERVATION N° 40

Mme L... Suzanne, 35 ans.

Syphilis acquise en 1916, traitée à l'hôpital Broca.

Est venue consulter en 1927 pour accidents lors de ses gestations antérieures.

1^{re} grossesse : fille née à terme, P. N. 3.000 grammes, bien portante.

La mère avait été traitée d'une façon intense pendant cette grossesse.

2^e grossesse : fausse-couche de 2 mois et demi.

3^e grossesse : fille ayant présenté un coryza syphilitique, morte à 3 mois.

4^e grossesse : fausse-couche de 3 mois.

Aucun traitement pendant ces grossesses.

5^e grossesse : prématuré au 7^e mois mort à 3 jours. La malade avait été traitée au début de cette grossesse mais irrégulièrement et très insuffisamment.

A l'occasion d'une nouvelle grossesse, le traitement est repris dès le début par des injections intraveineuses de novarsénobenzol et la malade accouche à terme d'un garçon pesant 3.200 g. Planeta 650 g.

Le Wassermann est négatif.

Agents thérapeutiques

Les traitements ont été effectués au moyen des agents thérapeutiques habituels. Naturellement, la plus grande part révient au novarsénobenzol, suivant la posologie habituelle de 0,015 par kilog. comme dose maxima, et de 0,15 par kilog. comme dose totale pour une série (les séries étant espacées de trois semaines de repos).

Nous n'avons relevé aucun accident au cours des traitements effectués.

Par contre, nous signalons trois observations dans lesquelles il nous a semblé qu'il y avait une corrélation entre une injection de novarsenobenzol et un accouchement survenant presque aussitôt (1).

Nous citerons la plus démonstrative :

OBSERVATION N° 41

M^{me} E. Louise, 22 ans.

Consulte pour une fille morte de méningite à deux mois.

Antécédents héréditaires : père mort à la suite d'une hémiplegie qui a duré 10 ans.

Rien d'anormal dans ses antécédents personnels.

La réaction de B. W. est positive.

Traitement commencé au quatrième mois de sa grossesse.

Après la première piqûre intraveineuse de novarsénobenzol (0,10), réaction aussitôt après l'injection : vomissements, rougeur de la face, céphalée, etc...

Le soir de cette piqûre, la malade fait une fausse-couche dans le service.

A propos d'une 3^e grossesse, la malade a été traitée au moyen d'injections de bismuth et a accouché d'un enfant apparemment sain qui, cependant, a été mis au traitement.

Le bismuth a été employé surtout en raison d'intolérance au novarsenobenzol ou comme complément de cure. Il a surtout été fait emploi de bismuth insoluble (iodobismuthate et hydroxyde de bismuth) et dans certains cas de sels lipo-solubles.

Nous citons ici une observation qui nous a paru intéressante, d'une femme qui, pour cause d'intolérance, a

(1) Faits semblables cités in thèse J. Gallot, 1925.

été exclusivement traitée au bismuth avec des résultats excellents :

OBSERVATION N° 42

Mme B..., 31 ans.

Syphilis acquise en 1922. Intolérance au novar et à toute médication arsénicale. A reçu à cette époque deux séries de mercure et deux séries de bismuth (hydroxyde de B.). A été vue en juillet 1924 pour mauvais état général et céphalées.

La réaction de B. W. est fortement positive.

Essai de novar : intolérance

On commence une série de muthanol mais on est obligé de la suspendre pour stomatite ulcéreuse survenue après quelques injections.

On lui fait du B. I. A., deux séries, qui sont bien tolérées et l'état général s'améliore rapidement. Devenue enceinte, on continue une troisième et une quatrième série de B. I. A. Elle a accouché le 8 avril 1926 d'une fille qui a été suivie depuis et traitée bien que ne présentant absolument aucune lésion. Poids à la naissance : 2.400 grammes, placenta 400 grammes.

Le W. était négatif chez la mère et l'enfant lors de l'accouchement.

Enfin, il a été employé comme médications complémentaires l'acétylarsan, le mercure et, dans quelques cas, où il était impossible de faire revenir la patiente, le stovarsol par voie buccale. Bien que des résultats favorables aient pu être enregistrés par cette dernière méthode, elle ne peut être justifiée que par l'impossibilité d'un traitement régulier sous une autre forme :

OBSERVATION N° 43

Mme C..., 20 ans. Marinière. Elle a été vue en 1927. Parmi ses antécédents, tumeur blanche du genou à 16 ans. Elle a

accouché en 1927 d'une fille née à 8 mois et demi, morte à 3 mois et demi de méningite aiguë.

La réaction de Wassermann est positive.

On lui a fait trois injections de novar et n'est plus revenue, vivant sur une péniche et se déplaçant constamment.

Revue enceinte en 1928, on lui prescrit du stovarsol suivant la posologie habituelle de 0.50 à 0.75 par jour.

Elle a accouché de 24 avril 1929 d'une fille de 3.600 grammes, bien conformée, actuellement en traitement.

Le Wassermann de la mère était encore légèrement positif en février 1929.

Traitement des nourrissons et des enfants

Nous avons réuni 103 observations de nourrissons et des enfants traités régulièrement à la consultation.

Les motifs de consultations ont été indiqués dans le premier chapitre de ce travail.

Dans quelle mesure faut-il traiter les enfants issus de mères syphilitiques ?

Nous avons vu pratiquer le traitement dans tous les cas où le traitement n'avait pu être effectué chez la mère avec une efficacité suffisante pour donner une garantie pour l'avenir de l'enfant, sans se préoccuper de l'état présent de l'enfant. Naturellement, dans ces cas, le traitement a toujours été fait progressivement, quoique à des doses normales. On a réservé des traitements plus intensifs à des cas plus spécialement virulents, où le traitement alors a parfois été pratiqué par voie intra-veineuse.

Dans des cas où le traitement effectué chez la mère paraissait avoir été suffisant pour présenter une garantie,

l'enfant étant sain en apparence et le placenta normal, l'enfant a été placé sous surveillance et examiné à intervalles réguliers.

D'une façon générale, les traitements des nourrissons ont été effectués au moyen de sulfarnéol par voie sous-cutanée à la dose maxima de 0.015 par kgr et de 0.10 par kgr. comme dose totale pour une série. Ces doses ont pu dans certains cas être dépassées sans inconvénients (0 gr. 02 par kgr.).

Nous avons observé dans plusieurs observations l'intérêt de pratiquer des doses suffisamment énergiques; dans plusieurs traitements, il est remarquable que le résultat n'a commencé à se manifester qu'à partir du moment où les doses maxima ont pu être atteintes :

OBSERVATION N° 44

Enfant L. R..., né le 26^e avril 1926, au 8^e mois. Présente à la naissance des vésicules de pemphigus à la paume des mains et à la plantes des pieds.

Antécédents héréditaires: le père, marin, a été traité en 1920 pour accident spécifique : une seule série de novar. La mère n'a jamais été examinée à ce point de vue.

Le 12 mai 1926, B. W. + + +.

H. + + +.

Traitement de l'enfant : une série de sulfarsénol jusqu'à la dose maxima. Les vésicules de pemphigus se flétrissent rapidement. Le traitement est continué en province avec de très petites doses de sulfarsénol; poids, 6 kilogrammes environ; deux séries (dose maxima 0,05) dont la dernière est interrompue par l'apparition d'une petite éruption, et le traitement est continué par des injections de bismuth (quatre piqûres jusqu'à février 1927).

L'enfant est revu le 12 mai 1927; il présente une petite ulcération sur la lèvre inférieure, près de la commissure gauche, ulcération légèrement surélevée dont la base est indurée.

La réaction de B. W. est positive.

Un prélèvement effectué sur la lésion relève la présence de tréponèmes.

Le traitement est repris par le sulfarsénol aux doses classiques et jusqu'à 0,02 par kilogramme, qui amène une cicatrisation rapide et complète de l'ulcération.

Ces traitements ont toujours été bien tolérés.

Nous avons noté une observation particulièrement intéressante, relative à l'avantage d'adjoindre au traitement la médication opothérapique dans certains cas. C'est l'observation n° 16 que nous avons déjà signalée à propos de malformations assez curieuses (absence bilatérale du pouce; luxation congénitale de la hanche).

Cette enfant, malgré le traitement spécifique ne prenait pas de développement, et la mère disait qu'elle lui rappelait absolument son frère aîné qui était mort à 5 ans; ayant l'apparence d'un nourrisson d'un an.

A l'âge de deux ans, nous rappelons qu'elle pesait 7.400 grammes et qu'elle mesurait 0^m60; cette enfant a été mise au traitement opothérapique (thyroïde et hypophyse et on a observé le développement suivant : quatre mois après, elle pesait 8.150 grammes et mesurait 0^m68; à trois ans, elle pesait 10.475 grammes et mesurait 0^m75. Elle paraissait encore petite, mais sans anomalie et a été envoyée pour traitement de sa hanche dans un service d'orthopédie.

Dans certains cas, spécialement chez des enfants un peu plus âgés, le bismuth a été employé concurremment avec le sulfarsenol (iodo-bismuthate et hydroxyde de bismuth) avec succès. Enfin, à défaut de pouvoir effectuer d'autres traitements, il a été prescrit parfois des médications par voie buccale (lactate de Hg, stovarsol) et des frictions mercurielles.

Le traitement a été également pratiqué au moyen d'injections intraveineuses de novarsenobenzol chaque fois que cela a été possible.

Il nous a paru intéressant de connaître le chiffre de la mortalité infantile chez les nourrissons traités avec une régularité suffisante (sans que la mère ait été traitée elle-même pendant sa grossesse).

Nous avons relevé les chiffres suivants :

Sur 103 nourrissons suspects traités et suivis, nous relevons les causes de mortalité suivantes :

Maladies infectieuses (rougeole, diphtérie) : 3 (W+ : 2; W — : 1, chez la mère).

Méningite et convulsions : 5 (W+ : 3; W — 2, chez la mère).

Affections respiratoires : 3 broncho (W+ : 2; W — 1, chez la mère).

Affections de voies digestives (entérite, etc.) : 3 (W+ : 1, W — : 2, chez la mère).

Soit un pourcentage de 13,5 % de mortalité.

Ces chiffres suffisent à montrer l'intérêt des résultats obtenus et l'importance sociale des organisations de placements d'enfants qui permettent de continuer à traiter le nouveau-né et d'éviter son envoi chez une nourrice où le traitement ne peut être exécuté correctement.

TABLEAU II

RÉSULTATS DES TRAITEMENTS

I. — FEMMES TRAITÉES AVANT LA GROSSESSE : 65.

Accouchements normaux, enfants sains.....	51
Prématuré.	1
Gros placenta.	5
Convulsions chez l'enfant.	1
	58
Fausses-couches.	2
Mort-né.	1
Mort en bas âge.....	4
	7

Broncho-pneumonie : 14 mois.

Rougeole : 2 mois.

Entérite : 2 ans.

Coqueluche : 4 mois.

II. — FEMMES TRAITÉES AU COURS DE LA GROSSESSE : 141.

Accouchements normaux, enfants sains.....	101
Prématuré.	1
Gros placenta.	12
	114
Fausses-couches.	9
Mort-nés.	7
Morts en bas âge.....	11
	27

Après la naissance : 2.
 Méningite 6 et 13 mois : 2.
 Coqueluche 6 mois et 4 mois : 2.
 Ictère : 15 jours.
 Rougeole : 1 mois.
 Entérite : 2.
 Broncho-pneumonie.

III. — FEMMES TRAITÉES IRRÉGULIÈREMENT OU TARDIVEMENT : 52.

Accouchements normaux, enfants sains.....	23
Prématurés.	2
Gros placenta. :	7
Convulsions.	1

33

Fausse-couches.	4
Macérés.	3
Mort-nés.	2
Morts en bas âge.....	10

19

Après la naissance : 3.
 Convulsions : 2.
 Méningite : 4.
 Ictère : 1.

IV. — COMPARAISON DU RÉSULTAT DES GESTATIONS
 AVANT ET APRÈS LE TRAITEMENT.

Nombre de gestations : 572.

1° Avant traitement : enfants vivants.....	141
Fausse-couches et morts.	431
(Déchet 75 %).	

Nombre de gestations : 258.

2° Après traitement : enfants vivants.....	205
Fausse-couches ou morts.....	53
(Déchet 20 %).	

Nombre de gestations : 206.

3° Après traitement avant ou au début de la gestation : enfants vivants.....	172
Fausse-couches ou morts.	34
(Déchet 16,5 %).	

Conclusions

L'examen des observations que nous avons étudiées nous a permis de dégager les faits suivants :

1° La proportion de syphilis inconnue est dans l'ensemble de la statistique de 67%, la proportion de syphilis connue est de 22 %, de syphilis héréditaire de 11 %;

2° Il est indispensable de consacrer à chaque femme enceinte une fiche permettant de connaître ses antécédents familiaux, ceux de son conjoint, l'histoire de ses gestations antérieures et de sa puerpéralité;

3° Les réactions sérologiques ont une grande importance pour le diagnostic, mais elles donnent souvent des résultats inconstants, dans les cas de syphilis héréditaire notamment. Dans 73,8 % des cas, elles se sont trouvées négatives;

4° Les résultats du traitement dépendent pour une grande part de l'époque à laquelle il a pu être commencé, nous trouvons 89 % de résultats favorables dans le traitement pratiqué avant la gestation contre 80,80 %

pour des traitements au cours de la gestation et 63,4 %
pour les traitements irrégulièrement suivis;

5° Après traitement, la proportion de mortalité infantile tombe de 75 % à 16 %.

Vu, le Doyen :

Vu, le Président :

ROGER.

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY:

Bibliographie

- APERT (E.). — La recherche de l'hérédité syphilitique. — *Monde Médical Paris* 1925.
- AUDRAIN. — Les divers aspects de la descendance en cas de syphilis ancestrale insoupçonnée. — *Bull. Soc. franc. derm. et de syphil.*, 10 février 1921.
- BASTEAU. — Prophylaxie et traitement de l'hérédosyphilis. — *Thèse Bordeaux* 1925-1926.
- DELGORÈDE. — Réaction de Wassermann. — *Monde Médical*, 15 mai 1925.
- BENOIST (C.). — Une consultation de prophylaxie prénatale. — *Thèse Paris* 1927.
- BENOIST (M.). — Considérations cliniques et biologiques sur l'arsénothérapie de la syphilis au cours de la grossesse. — *Thèse Paris* 1923.
- BERTIN (E.). — Syphilis latente et grossesse. — *Presse Médicale* 1926.
- BLANC (M.). — Contribution à l'étude de la syphilis larvée du nourrisson. — *Thèse Bordeaux* 1926.
- BLECHMANN. — Technique des injections épicroâniennes. — *La Médecine*, novembre 1921.
- BRINDEAU (A.). — Résultats tirés de l'examen de 500 réactions de B. W. chez la femme récemment accouchée. — *Bull. Acad. méd. Paris* 1923.
- BRIZARD. — De quelques notions sur le traitement de la syphilis dès la première enfance. — *Science méd. pra* 1929, page 648.

- BROCQ. — Valeur pratique du Wassermann. — *Journal de méd. et de chirurg. prat.*, 10 mai 1924.
- BOUTELIER. — La syphilis héréditaire larvée. — *Bull. méd. Paris* 1925.
- CAVAILLON (A) et NICOLAS (J.). — Prophylaxie sociale de la syphilis héréditaire. — *Ann. mal. vénér.*, sept. 1927.
- CHESNAIS (R.). — Syphilis des femmes enceintes. Traitement par le novarsénobenzol. — *Thèse Paris* 1921.
- CHEVALIER (P.). — L'hérédo-syphilis des adolescents et des adultes jeunes de très belle apparence. — *Prat. méd. franç. Paris* 1926.
- CHEVITZ (A.). — Le dépistage de la syphilis héréditaire dans les consultations de nourrissons. — *Thèse Lille* 1926-1927.
- COMBY. — Traitement de la syphilis héréditaire chez les enfants. — *Bull. mens. Soc. hôpit. Paris* 1922.
- Conférence de la Défense Sociale contre la Syphilis (Nancy, 29-31 mai 1928). — *Presse méd.*, n° 29, 20 juin 1928.
- COUVELAIRE. — Création d'un dispensaire antisypilitique annexé à la Maternité Baudeloque. — *Gynéc. et obst. Paris* 1921.
- La mortinatalité. — *Presse médic.* 1921.
 - Organisation du traitement prophylactique de l'hérédo-syphilis dans les Maternités. — *Revue d'hyg. Paris* 1922.
 - Création d'une consultation dispensaire spécialement réservée au traitement ambulatoire de la syphilis à la clinique Baudeloque. — *Bull. spc. obst. et de gynéc. Paris* 1920.
 - Fonctionnement d'une Maternité pour tuberculeuses annexée à la clinique Baudeloque. — *Nourrissons Paris* 1926.
 - Une Maternité pour tuberculeuses. — *Gynécol. et obst. Paris* 1926.

- Le mariage des syphilitiques. — *Leçons de la clinique Baudeloque, fascicule « Syphilis dans ses rapports avec les fonctions de reproduction », 1924.*
- Progrès réalisés dans la prophylaxie de la mortalité foetale pendant la gestation. — *Paris Méd.*, décembre 1928.
- Essai d'organisation dans la prophylaxie de la syphilis congénitale. — *Ann. mal. vénér.*, sept. 1928.
- CROCQ (R.). — Contribution à l'étude de la valeur de la réaction de B. W. dans la syphilis héréditaire de la première enfance. — *Thèse Paris 1924.*
- DAVID (R.). — L'hérédo-syphilis dans une consultation de nourrissons. — *Thèse Paris 1923.*
- DAYRAS (J.). — La prévention de la syphilis congénitale. — *Arch. méd. enf. Paris 1925.*
- DEVRAIGNE. — Syphilis héréditaire larvée. — *Rev. méd. France*, Paris 1925.
- Syphilis et albuminurie gravidiques. — *Bull. méd.*, décembre 1928.
- DARJEAU (Berthe). — La maladie des vomissements habituels du nourrisson dans ses rapports avec la syphilis héréditaire; étude statistique. — *Thèse Paris 1922.*
- DUPIC (Odette). — Prophylaxie et traitement de l'hérédo-syphilis à la Maternité; essai historique. — *Thèse Paris 1922.*
- ETIENNE (Martin). — Mort subite des enfants et hérédosyphilis. — *Ann. méd. légales Paris 1923.*
- FERNET (P.). — Le traitement de l'hérédo-syphilis; traitement spécifique; traitement opothérapique. — *Bull. méd. Paris 1921.*
- FOURNIER (A.). — L'hérédité syphilitique. — *Leçons recueillies par le Dr Portalis 1881.*
- FOURNIER (E.). — L'hérédo-syphilis tardive. — *Masson et Cie Paris 1907.*

- GAILLOT (J.). — Contribution au traitement de la syphilis dans les Maternités. — *Thèse Paris* 1924.
- GARDET (Mlle). — Avenir des hérédosyphilitiques précocement traités. — *Thèse Paris* 1925.
- GIRAUD (P.). — Nouveau-nés et nourrissons hérédosyphilitiques. — *Thèse Paris* 1923.
- GOLAY (J.). — A propos de l'hérédosyphilis paternelle. — *Ann. mal. vénér. Paris* 1926.
- GOUGEROT. — Paradoxes et imperfections de la réaction de B. W. — *Journal des pratic.*, 29 nov. 1929.
- GRENET (H.). — Sur quelques aspects de la syphilis héréditaire. — *Monde Méd.*, 15 sept. 1922.
- HALLEZ (G.-L.). — Symptômes et diagnostic de la syphilis héréditaire des nouveau-nés et des nourrissons. — *Progrès médical* 1922.
- HIGOUMENAKIS (G.). — La syphilis héréditaire de seconde génération et son traitement. — *Ann. mal. vénér.* 1924.
- HOCH (Ch.). — Syphilis dite conceptionnelle. Recherche des tréponèmes dans le sperme. — *Thèse Paris* 1920.
- HUDELO (L.). — Diagnostic précoce du chancre syphilitique. — *Médecine Paris* 1922-23 (107-111).
- HUTINEL. — Les seuils infranchissables de l'hérédosyphilis. — *Monde Méd.*, 15 décembre 1925.
- JEANSELME. — Un cas d'hérédosyphilis de deuxième génération. — *Bull. dermat. Paris* 1925.
- JULLIEN. — Convulsions et hérédosyphilis. — *Soc. franç. dermat. syphilig.*, 2 avril 1924.
- KATSAINOS (G.-M.). — Syphilis (greek text.). — *New-York* 1923.
- LAFAY (A.). — Syphilis héréditaire; diagnostic biologique et traitement. — *Thèse Paris* 1920.
- LANGLE (J.). — Le problème de l'hérédité syphilitique d'après les recherches modernes. — *Vie Médicale Paris* 1922.
- Traitement de la syphilis héréditaire des nourrissons. *Vie Médicale Paris* 1922.

- LASSABLIÈRE (P.). — Traitement de l'hérédo-syphilis. — *Le Médecin chez lui* 1927.
- LAURENT (G.). — Bilan de quatre années de lutte antisypilitique dans une Maternité. — *Ann. mal. véné. Paris* 1925.
- LAURENT (G.) et PEYROT (M.). — Le dépistage de la syphilis dans les Maternités. — *Loire Médicale* 1928.
- LECHARNY (Mlle). — Le traitement de la syphilis héréditaire éruptive du nouveau-né. — *Thèse Paris* 1922.
- LEFEBVRE (P.). — La réaction biologique de la réaction de B. W. Méthode de Millian. Sa pratique dans la recherche de la syphilis héréditaire. — *Thèse Paris* 1926.
- LE LORIER et GALLIOT. — Fonctionnement de dispensaire antisypilitique dans la Maternité de l'hôpital Boucicault. — *Bull. Soc. obst. et gynec.* 1925.
- LEPTAT (J.). — Le rôle de la consultation prénatale dans la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. — *Thèse Lille* 1924-1925.
- LEREBOULET (P.). — Traitement de l'hérédo-syphilis. — *Progress Médical Paris* 1925.
- LEREBOULET et BRIZARD (J.). — L'hérédo-syphilis larvée et son traitement en consultation externe à l'hôpital. — *Paris Médical* 1925.
- LEREDDE (A.). — La mortalité et les pertes sociales dues à la syphilis. — *Hôpitaux Paris* 1922.
- LEREDDE (E.). — L'organisation de la lutte antisypilitique à Paris. — *Revue hyg. Paris* 1920.
- LEREDDE et LESNE. — La syphilis héréditaire larvée. — *Presse Médicale* 1925.
- LEVADITI (L.). — Transmission héréditaire de la syphilis. — *Leçons de la clinique Baudeloque* 1924. — Le bismuth dans le traitement de la syphilis.
- LEVADITI-MARIE (A.). — Etude expérimentale de l'hérédité sypilitique. — *Comptes rendus Soc. biol. Paris* 1921.

LÉVY-SOLAL (E.). — Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de l'hypertrophie placentaire. — *Gynéc. obst.* 1921.

— De la prophylaxie de l'hérédosyphilis. — *Pédiatrie*, février 1926.

— Syphilis de l'œuf du fœtus et des annexes ovulaires. *Paris Méd.*, 16 juin 1923.

— Syphilis de l'œuf et des fœtus. — *Leçons de la clinique Baudeloque* 1924.

LÉVY-SOLAL et MILLIAN. — Traitement préventif de l'hérédosyphilis. — *Presse Médicale* 1925.

MANOUELIAN. — Phagocytose des tréponèmes dans le placenta syphilitique. — *Gynécologie obst.* 1921.

MARFAN. — Prophylaxie de la syphilis congénitale. — *Rev. gén. clin. thérap. Paris* 1925.

— Le traitement de la syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson. — *Rev. gén. clin. thérap. Paris* 1925.

— Les convulsions de l'enfance. — *Presse Méd.*, 10 août 1921.

— Diagnostic de la syphilis congénitale du nouveau-né et du nourrisson. — Signes de certitude : *Presse Médicale*, 28 avril 1923 ; Signes de probabilité : *Presse Médicale*, 5 mai 1923.

— Le rachitisme et sa pathogénie. — *Actualités médicales*, Baillière, 1921.

— Quatre leçons sur le rachitisme. — *Le Nourrisson*, 1922.

MARTINEZ (A.). — Organisation de la lutte contre la syphilis. — *Thèse Paris* 1927.

MAZÈRES (Jean). — Valeur de la réactivation biologique du B. W. — *Thèse Bordeaux* 1923.

MENNERET (Y.-C.). — Essai historique sur la prophylaxie médico-sociale de la syphilis héréditaire. — *Thèse Paris* 1928.

- MERCIER (Jacques). — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de la syphilis héréditaire. — *Thèse Paris* 1922.
- MERKLEN et DESMOULIÈRES. — La réaction de Desmoulières. — *Journal Médical Français*, août 1923.
- MILLIAN. — Prophylaxie de la syphilis héréditaire. — *Rev. franç. dermat. vénér. Paris* 1925.
- La réactivation biologique de la réaction B. W. — *Méd. Paris* 1924-1925.
- Valeur pratique de la réaction de B. W. — *Mouvement Sanitaire*, 23 mars 1927.
- Hérédo-syphilis de deuxième génération. — *Leçon de la clinique Baudeloque* 1929.
- MINVIELLE (P.). — Hérédo-syphilis précoce. — *Thèse Paris* 1922.
- MORICE (R.). — Traitements antisypilitiques pendant la grossesse. — *Thèse Paris* 1920.
- NICOLAS (J.) et GATE (J.). — Syphilis héréditaire à localisations multiples. — *Ann. mal. vénér. Paris* 1922.
- NICOLAS et GATE. — Sur la valeur de la réaction de B. W. — *Bull. Soc. franç. dermat. syphil. Paris* 1925.
- NOBÉCOURT. — Réaction de B. W. chez les accouchées et chez les enfants. — *Bull. Acad. méd. Paris* 1923.
- Anémie chez les nourrissons hérédosypilitiques. — *La Médecine* 1925.
- NOBÉCOURT et BONNET. — Réactions de B. W. et syphilis chez les nourrissons, leurs mères et les femmes en état de gestation. — *Presse Médicale Paris* 1920.
- NOBÉCOURT et LAHÉE. — Convulsions de la première enfance et syphilis congénitale. — *Soc. Pédiatrice*, 17 janvier 1928.
- PAUCOT (H.). — La fréquence de l'hérédo-syphilis dans les divers milieux sociaux. — *Médec. inf. Paris* 1925.
- PAUTRIER. — Syphilis et grossesse. — *Monde Médical* 1924.

- PAYENNEVILLE. — Dépistage de la syphilis conjuguale et traitement préventif. — *Paris Médical* 1925.
- PÉHY (M.). — La syphilis infantile. — *Méd. infant.* Paris 1924.
- Sur la syphilis congénitale de la première enfance; étude clinique et thérapeutique. — *La Médecine*, février 1926.
- PINARD (M.). — La lutte contre la syphilis héréditaire par le traitement des procréateurs et du nouveau-né. Rôle du dispensaire antisypilitique dans les Maternités. — *Union méd. du Canada*.
- Sur quelques signes peu connus de l'hérédo-syphilis. *Clinique Paris* 1923.
- Dépistage de la syphilis au début de la gestation. — *Paris Méd.* 1923.
- Traitement du nouveau-né hérédo-sypilitique. — *Méd. Paris* 1921-22.
- Traitement de la femme syphilitique en état de gestation et du nouveau-né. — *Journal de méd. et de chir. prat.* Paris 1921.
- Traitement de la syphilis du nourrisson. — *Bulletin méd.* Paris 1923.
- La syphilis que le Wassermann négatif fait méconnaître; nécessité des enquêtes familiales. — *Bull. mens. Soc. méd. hôp.* Paris 1926.
- A propos de la réactivation de la réaction du B. W. — *Bull. mens. Soc. méd. hôp.* Paris 1926.
- Diagnostic de la syphilis chez le nourrisson. — *Gaz. méd. France*, 15 janvier 1928.
- La réaction du B. W. au cours de la gestation. — *Clinique et Laboratoire*, 20 mai 1928.
- PINARD et GIRAUD. — Traitement de la syphilis chez le nourrisson. — *Bull. Soc. franç. derm. syphil.* Paris 1921.
- PINARD et VERNIER. — Albuminurie au cours de la gestation. Syphilis ignorée. — *Bull. mens. Soc. méd. hôp.* Paris 1927.

- POLANCO. — L'albuminurie d'origine syphilitique chez la femme enceinte. — *Thèse Paris* 1928.
- RAVAUT. — Le terrain syphilitique. — *Monde méd.* 1921.
- Les réactions cérébro-méningées chez le nouveau-né et le nourrisson. — *Leçons de la clinique Baudeloque* 1929.
 - Erreurs d'interprétations du B. W. — *Ann. dermat.*, mai 1926.
 - Que peut-on demander de la réaction de B. W. ? — *Journal méd. franç.*, décembre 1928.
- RÉCAMIER. — Hérédo-syphilis latente éveillée et révélée par la grossesse. — *Ann. mal. vénér. Paris* 1925.
- RENAULT. — Les enfants des syphilitiques. Recherches de l'hérédo-syphilis. — *Bull. méd. Paris* 1927.
- RIBADEAU, DUMAS et PRIEUR. — A propos du traitement des hérédo-syphilitiques. — *Bull. Soc. méd. Paris* 1921.
- ROGER, VIDAL, TESSIER. — La syphilis. Nouveau traité de médecine.
- SABOURAUD (R.). — Hérédo-syphilis et dentition. — *Méd. Paris* 1921.
- SAUPHAR (G.). — La syphilis larvée dans la consultation générale. — *La Médecine Paris* 1928.
- SCHEIBER (B.). — Le traitement actuel de la syphilis héréditaire du nourrisson. — *Clinique Paris* 1925.
- SCHERKEWITCH. — Suis-je syphilitique ? — *Librairie méd.* 1928.
- SIMON (C.). — A propos d'un récent article de MM. Nicolas et Gate. — *Bull. méd.*, 14 décembre 1929.
- Sur la syphilis héréditaire et son traitement. — *Bull. Méd. Paris*, 1925.
- SUZOR (R.). — Les formes cliniques de la syphilis du nouveau-né. — *L'Hôpital*, avril 1929.
- TIXIER (L.). — Il faut traiter les hérédo-syphilitiques apparemment sains. — *Rev. méd. France Paris* 1925.

- VERGELY (J.). — La recherche de l'hérédité syphilitique. — *Journal méd. Bordeaux* 1925.
- VERNIER (R.). — Influence de la syphilis sur les albuminuries de gestation. — *Revue franç. dermat. vénér.*, n° 2, février 192.
- VIGNES et GALLIOT. — La prophylaxie des accidents hérédosyphilitiques dans les Maternités parisiennes. — *Progress Medical* 1923.
- WEILL-HALLE B. . — Le diagnostic de l'hérédosyphilis latente. — *Semaine hôpit. Paris* 1925.
- XARDEL. — Essai sur la prophylaxie de maladies vénériennes. Fonctionnement de la consultation d'Aix-en-Provence. — *Thèse Montpellier* 1924.
-

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
